

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. -- N° 113

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT
DE
L'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE

Son intérêt au point de vue orthopédique et chirurgical.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 12 Février 1932

PAR

Joseph-Pierre GIBERT

Né à COMMENTRY (Allier), le 18 mars 1903.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. ROCHER, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur.....	
		PAPIN, agrégé.....	Juges.
		DUBECQ, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 113

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT
DE
L'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE

Son intérêt au point de vue orthopédique et chirurgical.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 12 Février 1932

PAR

Joseph-Pierre GIBERT

Né à COMMENTRY (Allier), le 18 mars 1903.

Examineurs de la Thèse

MM. ROCHER, professeur.....	Président.
GUYOT, professeur.....	
PAPIN, agrégé.....	Juges.
DUBECQ, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).

LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-WARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Clinique dentaire.....	DELGUEL.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR JOSEPH GIBERT

Ancien Chef de clinique d'Obstétrique à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Dont la vie, faite d'honneur, de droiture, de dévouement et de probité professionnelle, impose l'admiration et m'a toujours rempli de fierté. Il m'apprit que le métier de médecin est le plus noble et le plus haut.

C'est à lui que je dois l'âme que j'ai. Je n'ai d'autre idéal dans la vie que de suivre son exemple et de tendre à lui ressembler.

A MA MERE

Faible témoignage de reconnaissance à l'infini de son amour et de son dévouement.

A MON FRERE

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR GILBERT RAYMONDAUD

Ex-Directeur de l'École de Médecine de Limoges.

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR V. PACHON

*Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Associé national de l'Académie de Médecine,
Membre Associé de la Société de Biologie,
Membre Associé de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CRUCHET

*Professeur de Clinique médicale des maladies des enfants à la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLEMIN

*Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Officier d'Académie,
Croix de Guerre,
Officier de l'ordre de Sainte-Anne de Russie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le Cancer,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER FABRE

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chargé de cours à l'Institut d'Education physique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GINESTOUS

*Adjoint au département de l'hygiène de la Ville de Bordeaux,
Ancien Président de la Société de Médecine et Chirurgie de Bordeaux.
Chevalier de la Légion d'honneur.*

L'organisateur avisé de l'Inspection Médicale scolaire la plus parfaite en France.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LLAGUET

*Directeur du bureau municipal d'Hygiène,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Qui tient avec tant de sûreté les leviers
de commande de l'Inspection Médicale
scolaire bordelaise.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT GUERIN

Ex-Chef de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.

Mon conseiller et mon guide si affectueux dans l'élaboration de ce travail.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H.-L. ROCHER

*Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie,
Membre des Sociétés internationales de chirurgie et d'orthopédie,
Membre de la Société nationale de chirurgie,
Membre des Sociétés italienne et belge d'orthopédie,
Membre des Sociétés de pédiatrie de Paris et de Madrid,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a fait le grand honneur d'être
notre président de thèse.

Nous sommes très fier de compter
parmi ses élèves. Il nous a toujours ré-
servé, dans son Service, l'accueil le
meilleur, et, dans sa demeure l'hospita-
lité la plus large. Il nous inspira notre
sujet de thèse en nous montrant l'in-
térêt social et l'avenir de l'orthopédie et
la chirurgie infantile. Il fut pour nous
le conseiller le plus attentionné, le guide
le plus sûr et le maître le plus bien-
veillant. Il sut nous faire comprendre
le sens profond des paroles d'Hippo-
crate : « Aime comme ton père celui
qui t'a enseigné. »

Nous le prions d'accepter l'hommage
de ce travail en témoignage de notre pro-
fonde gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT
DE
L'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE
SON INTÉRÊT AU POINT DE VUE ORTHOPÉDIQUE ET CHIRURGICAL

AVANT-PROPOS

Les derniers beaux jours, la chute des feuilles. Une cloche tinte obstinément dans l'air déjà frais. Une théorie de gamins bruyants, en satinette noire, dont les galoches résonnent sur l'asphalte : C'est « la rentrée »...

La rentrée... Mais, hier encore... Tout à coup on revoit par la pensée les étapes parcourues. Le praticien de demain se souvient du gamin d'autrefois, du petit écolier, car il a chassé de sa pensée la période de l'« inquiète adolescence », trop intimement mêlée aux années affligeantes gaspillées dans un internat quelconque.

C'est avec un certain attendrissement qu'il lui souvient de sa chère vieille école de campagne, si propre et si gaie, des pupitres de chêne ciré, aux gros encriers de porcelaine, des tableaux noirs fraîchement repeints et des grandes fenêtres, sans barreaux ni carreaux dépolis, d'où l'on apercevait, en

hiver, la campagne tout habillée de neuf dans son manteau de neige, et par où entrait, avec le beau soleil d'été, le parfum des fleurs voisines et l'odeur doucement âcre des grands platanes, dont le bruissement doux des feuilles accompagnait parfois le bourdonnement d'une abeille égarée, ivre de pollen et de lumière.

En effet, les écoliers de notre époque ne peuvent concevoir ce que fut une école d'autrefois.

J'ai vu quelque part sur un abécédaire, un vieux chromo représentant une ancienne école de campagne; le maître, cor-donnier de son état, y invective contre quelques galopins entassés, qui sur de mauvais bancs, qui sur la terre battue; une fenêtre exigüe laisse filtrer une clarté douteuse. Dans les angles, l'araignée tisse sa toile, et, par la porte entrebaillée, on devine, à son étable, une vache plaintive et mal nourrie... car l'écurie est mitoyenne à l'école.

Or, si l'écolier jouit des bienfaits d'une hygiène collective et individuelle toujours plus attentive, c'est au Corps médical qu'il le doit. Depuis le fameux décret de Lakanal, c'est à des praticiens savants, dévoués et désintéressés, et à des municipalités intelligentes et généreuses que l'enfant doit son mieux-être.

Le premier acte social qu'accomplit l'enfant, c'est « aller à l'Ecole ». Pour la première fois, le petit bonhomme s'évade des jupons maternels et, pendant quelques heures, va se trouver loin des parents, qui lui apparaissent toujours comme des génies tutélaires. Il se trouve avec d'autres enfants comme lui, il va falloir qu'il prenne conscience de sa personnalité. A l'école, il va trouver un raccourci de la vie adapté à sa taille. Il va commencer à compter sur lui seul; il va être obligé de contrôler ses réactions physiques et psychiques.

En un mot, il va y faire son apprentissage d'homme. C'est pendant ces premières années de fréquentation scolaire que l'intelligence de l'enfant et son aspect physique vont se modifier et se développer; l'une sous la direction du maître, l'autre insensiblement par le truchement de la nature. Or, il

importe que ce développement parallèle soit harmonieux; il faut que se vérifie le vieil adage : « *Mens sana in corpore sano.* »

De ce dicton, seule la seconde partie nous intéresse directement. Il est inutile de revenir sur le dévouement et le tact nécessaires pour former ces jeunes esprits, qui, bien qu'incultes, ne sont point table rase; il faudra savoir y faire germer la bonne semence, puis séparer l'ivraie d'avec le bon grain; souvent remplacer la famille intellectuellement déficiente, ou lutter contre les tares héréditaires transmises. Le médecin, lui, tout en concevant nettement la psychologie de l'enfant, a un rôle plus modeste et tout aussi ingrat. Dans une visite médicale souvent brève, où parfois sa tâche ne lui sera pas simplifiée par une aide intelligente, il lui faudra, avant même de s'occuper de l'enfant, qu'il visite les locaux, qu'il s'inquiète au maximum possible de conditions matérielles bonnes; il n'est pas de petit détail qu'il doive négliger, ni d'améliorations suggérées par son initiative qui doivent être passées sous silence. C'est à lui également à faire du pédagogue un auxiliaire précieux, à obtenir du maître d'école qu'il ne borne pas sa sollicitude à l'observation de l'emploi du temps et à l'épuisement des matières du programme.

C'est le médecin qui saura dépister la maladie à son début, enrayera l'épidémie commençante, attirera l'attention d'une famille négligente sur les soins à donner à l'enfant, tout en restant dans son rôle de conseiller impartial et presque anonyme.

Grâce à son intelligent dépistage, les affections relevant du médecin général ou du spécialiste seront traitées à temps. L'enfant étant en bonne santé tirera le profit maximum de la fréquentation scolaire; à sa sortie d'école, en consultant le carnet sanitaire qui reflètera son tempérament, on y trouvera indications ou contre-indications formelles au choix de telle ou telle profession.

Grâce au médecin qui aura dépisté les cas morbides en temps utile, l'enfant, traité convenablement, arrivera à l'âge

d'homme en état physique souvent parfait, toujours amélioré, et quel capital précieux qu'une bonne santé!

Mais, pour que l'Enfant puisse tirer de l'inspection médicale tout son bénéfice, il ne faudrait pas qu'elle reste lettre morte. Or, l'enfant appartient aux parents. Hélas! l'intervention médicale et les conseils auront souvent un effet nul. Le public ne comprend ou ne veut pas comprendre les généreux efforts que nous lui consentons. Nous ne sommes pas encore armés pour faire son bonheur... malgré lui.

Souhaitons que par la publicité gratuite, par l'image, par les conférences radiophonées, par le cinéma, on vienne à bout de cette apathie; et nous sommes convaincu que lorsque les conseils du bon médecin « *vir bonus discendi peritus* » seront suivis avec intérêt et discernement, on ne pourra plus écrire, avec Sully Prudhomme, qu'

Il est dans les tristes écoles

Des enfants qui pleurent toujours...

.....
L'étude de l'Inspection médicale scolaire telle qu'elle est pratiquée actuellement en France nous montre avec quel polymorphisme sont organisés les différents centres.

Les buts recherchés sont partout les mêmes : surveillance des locaux, dépistage des maladies, développement physique et intellectuel de l'enfant. Ils ont retenu l'attention du législateur dès que fut organisée l'instruction obligatoire, et l'étude de la législation de l'inspection médicale scolaire va nous montrer ce qui a été fait dans cette voie.

Pratiquement, c'est en étudiant l'organisation des centres urbains (car nous ne voulons pas envisager ici la question de l'inspection médicale de campagne qui représenterait une étude toute particulière et différente) que l'on peut se rendre compte du fonctionnement de l'inspection médicale scolaire et des avantages qu'elle apporte.

Cette inspection est confiée aux médecins suivant des modalités diverses. Ils n'ont en général qu'un rôle de dépistage,

rôle souvent bien vain si on ne leur accorde pas le personnel et l'organisation indispensables pour faire soigner les enfants, bien vain aussi si les maîtres et les parents ne leur apportent pas leur concours.

Nous allons envisager ces différents points. Nous verrons que l'on peut y trouver tous les éléments d'une inspection médicale scolaire vraiment efficace.

HISTORIQUE DE LA LEGISLATION DE L'INSPECTION MEDICALE DES ECOLES

L'inspection médicale des écoles, l'inspection sanitaire des établissements d'instruction, a été protégée par la Convention nationale.

Le premier texte officiel est le décret de Lakanal, en juillet 1793, qui s'exprime en ces termes : « Un officier de santé du district est chargé de visiter, dans les quatre saisons de l'année, toutes les écoles nationales du district. Il examine et conseille les exercices gymnastiques les plus convenables. Il examine les enfants et indique en général et en particulier les règles les plus propres à fortifier leur santé. »

En 1834, Orfila décide que « chaque école de garçons doit être visitée par un médecin ».

Le 20 décembre 1842, le nombre des écoles à visiter par chaque médecin est limité à deux ou trois; on prescrit : les visites hebdomadaires, l'examen des nouveaux élèves, la vaccination, l'examen des contagieux et l'établissement d'un registre scolaire.

Puis, en 1843, la surveillance est étendue aux écoles privées, et le décret du 21 mars 1855 édicte des propositions analogues.

Les fonctions de médecin inspecteur sont gratuites, et l'application du programme dépendant de la bonne volonté du titulaire.

La nécessité de rémunérer les inspecteurs est reconnue par les circulaires du 15 juillet 1879 et du 14 novembre 1879. Le taux de l'indemnité est de 600 francs, chaque inspecteur ayant 20 ou 25 classes. A cette époque, se place une tentative de nomination des inspecteurs, le corps médical de l'arrondisse-

ment ou du canton présentant, tous les trois ans, la liste des candidats au poste d'inspecteur.

En 1883, est établi un règlement qui est un des textes les plus importants de la législation sur l'inspection médicale des écoles; il est resté en vigueur jusqu'à ces dernières années : avec l'institution de médecins inspecteurs appointés à 600 francs, ayant à visiter 15 ou 20 classes, avec deux visites mensuelles obligatoires, le règlement prescrit l'examen individuel et attentif des enfants (dents, yeux, nez, oreilles, état général) et règle également la visite des locaux, délivrance des certificats, visites exceptionnelles.

La nomination est faite par le préfet, sur une liste de trois noms présentée par le maire et la délégation cantonale.

La loi organique du 20 octobre 1886 consacre cette solution administrative : « l'inspection des établissements d'instruction primaire, publics ou privés, est exercée, au point de vue médical, par les médecins communaux ou départementaux ».

Le décret du 18 janvier 1887 précise : « Les médecins doivent être agréés par le préfet; leur inspection ne peut porter que sur la santé des enfants, salubrité des locaux, l'observation des règles de l'hygiène scolaire. »

En 1891, le rapport Bleyal et Vaillant constate le mauvais fonctionnement du règlement de 1883 : les médecins inspecteurs sont débordés de travail et leur indemnité est insuffisante. On propose de ramener leur nombre à un par arrondissement et de les appointer de 10 à 12.000 francs.

Ces propositions ne donnent aucun résultat, puisque, à chaque discussion de budget, Vaillant, député, réclame la création de l'inspection médicale des écoles, de 1904 à 1908, date à laquelle les projets viennent se condenser dans le rapport Guibert, lequel conclut à une réorganisation du service sur les bases actuelles :

- Recrutement des inspecteurs par voie de concours;
- Réduction de la circonscription à 1.000 enfants;
- Augmentation du nombre des inspecteurs;

Augmentation du traitement (1.200 francs);
Visite hebdomadaire à l'Ecole publique, visite tous les trois mois des écoles privées;
Examen collectif des enfants, puis examen individuel des élèves signalés, dans un local *ad hoc*;
Examen individuel des enfants et établissement d'une fiche sanitaire individuelle;
Surveillance hygiénique des bâtiments et du mobilier;
Création d'une commission d'hygiène scolaire.

Plus tard, le 23 mars 1910, un projet gouvernemental fut déposé à la Chambre des députés, puis transmis à la Commission d'hygiène publique. Ce projet prévoit la division des villes et départements en circonscriptions, comprenant, en moyenne, 500 enfants, avec un médecin inspecteur attaché à chaque circonscription. Ce médecin doit être nommé par le préfet, après concours sur titres et avis du Conseil supérieur d'hygiène. Enfin, il est prévu une indemnité fixe de 1 franc par enfant, *augmentée d'une indemnité kilométrique*.

Ce projet de loi du Gouvernement ne satisfait pas la Commission d'hygiène. Une proposition de loi nouvelle, inspirée des points ci-dessus, fut transmise à la Commission de l'enseignement et des beaux-arts, qui chargea le docteur Gilbert Laurent de faire un rapport.

Le premier rapport G. Laurent, daté du 24 juin 1912, constatait que décrets et lois réglementant la question étaient restés lettre morte. G. Laurent indique les points sur lesquels l'inspection scolaire doit porter : choix et aménagement des locaux, hygiène générale et préservation contre les contagies, et « surveillance du développement physique des enfants ». Enfin, et pour la première fois, il est prévu le principe de l'obligation des dépenses afférentes à l'organisation de l'inspection médicale.

D'autres projets, de plus en plus complets, suivirent le premier, insistant sur l'utilité de lier la question de l'inspection médicale scolaire à la question de la lutte antitubercu-

leuse; on prévoit la nécessité d'une assistance d'hygiène et la possibilité de doter le médecin inspecteur d'un appareillage minimum indispensable.

La dernière tentative pour rendre obligatoire l'inspection médicale scolaire est une proposition de résolution présentée par M. Edmond Blondel, à la séance de la Chambre du 23 février 1931 et publiée au *Journal officiel* le 20 août 1931. Il reprend les principaux points sur lesquels doit porter le rôle du médecin et insiste sur l'appui que peut lui apporter la collaboration de l'infirmière scolaire. Cette proposition est encore dans les cartons.

ORGANISATION DE L'INSPECTION MEDICALE SCOLAIRE

Si l'organisation de l'inspection médicale scolaire obligatoire est encore à l'état de projet, il convient de dire que les départements et les communes ne sont pas, cependant, restés inactifs.

Le rapport de Mlle Delagrange au Congrès de l'Alliance d'hygiène médicale de 1926 donnait les résultats suivants :

Vingt et un départements ont une organisation générale : 9 avec, en plus, l'aide d'assistantes scolaires.

Dans un grand nombre de départements, l'initiative d'une inspection des écoles a été prise par quelques communes; mais il n'en restait pas moins, en 1926, 33 départements qui ignoraient totalement l'inspection médicale scolaire.

Sans vouloir rapporter tout ce qui a été fait, nous allons exposer quelques organisations de l'inspection médicale scolaire, en particulier dans plusieurs grandes villes, pour y rechercher les solutions intéressantes qui ont pu être données à ce problème.

HISTORIQUE DE L'INSPECTION MEDICALE SCOLAIRE DE LA VILLE DE BORDEAUX

C'est donc la loi du 30 octobre 1886 qui institua, en France, l'inspection sanitaire des écoles. Comme nous l'avons écrit, cette loi, mal complétée par le décret du 18 janvier 1887, ne fut point immédiatement appliquée; mais, bien avant que le Gouvernement en eût fait une étroite obligation, Bordeaux, devançant d'autres villes, avait organisé un service d'inspection sanitaire des écoles.

En 1886, M. Daney, maire de Bordeaux, créa le service de l'inspection médicale scolaire. M. Perrens, professeur à la Faculté de médecine, était alors adjoint à l'instruction publique. La direction du service fut confiée à M. le docteur Layet, et trois médecins inspecteurs furent nommés. Les inspecteurs faisaient une visite mensuelle et dirigeaient un dispensaire, où, chaque lundi, avant d'aller à l'école, se réunissaient les enfants relevant de maladie. En 1897, le service fut modifié considérablement et passa aux mains des médecins municipaux.

En 1900, le docteur Lande, adjoint à l'hygiène, réorganisa le service sur des bases nouvelles. Ce service fut confié à six médecins inspecteurs, qui, dès le début, montrèrent, par les modifications qu'ils apportèrent à l'application des règles de l'hygiène, combien était utile leur action intelligente et dévouée.

La succession du docteur Lande fut prise par le docteur Peytoureau, qui continua son œuvre et confondit l'inspection scolaire avec le service des médecins municipaux.

Puis, avec le docteur Dupeux, l'inspection sanitaire sco-

laire fut à nouveau distincte et confiée à six médecins inspecteurs, comme par le début.

Les dispositions qui règlent actuellement l'inspection médicale scolaire à Bordeaux sont dues à M. le docteur Ginestous, adjoint au maire, qui, le 17 juillet 1925, présenta un rapport constatant que l'inspection médicale scolaire, n'ayant jamais été consacrée par une disposition légale formelle, incombaît aux municipalités. Il insistait sur ce point qu'à plusieurs reprises, l'inspection médicale à Bordeaux avait été l'objet de tentatives éphémères et d'organisations insuffisantes. Il lui paraissait que cet échec était dû au défaut de coordination entre les intérêts en cause, le personnel médical ou administratif chargé de l'inspection. Aussi fit-il appel, pour établir une réglementation sans défaut, à la collaboration de tous les intéressés; il réunit en commission extra-municipale : le corps enseignant, le corps médical, les représentants des œuvres postsecondaires et des parents d'élèves.

Le 20 octobre 1926, le projet d'organisation élaboré par la division de l'hygiène était présenté par le docteur Ginestous. Ce projet envisageait :

la surveillance de l'hygiène et la salubrité des locaux scolaires;

l'hygiène collective des écoliers;

l'hygiène individuelle et la santé des écoliers.

La partie la plus importante et la plus originale de ce projet fut la création du carnet sanitaire individuel de l'écolier.

Dès le début de la scolarité, chaque enfant doit être très sérieusement et complètement examiné. Toutes ses caractéristiques constitutionnelles seront notées sur le carnet individuel. Chaque année, ce carnet doit être complété par le résultat d'examens nouveaux; ce carnet, *curriculum sanitatis* de l'enfant, le suivra dans le cours de sa scolarité, jusqu'à sa sortie de l'école, et ses indications seront fort utiles au

moment où l'enfant, ayant terminé sa scolarité, songera à choisir une profession.

Le projet du docteur Ginestous prévoit, à côté des praticiens de médecine générale, des spécialistes, dont les connaissances seront mises à contribution pour remplir avec précision les fiches à eux réservées dans le carnet sanitaire.

Enfin, le docteur Ginestous propose le vote d'un budget minimum et prévoit la réalisation du projet par étapes : l'année du début, bornant l'inspection aux enfants nouveaux des écoles, à ceux des écoles maternelles et aux élèves des écoles communales; l'année suivante, l'inspection médicale serait étendue à la totalité de la population scolaire.

C'est ce projet, dû au travail personnel du docteur Ginestous et à la collaboration du corps médical et du corps enseignant, qui fut adopté et donna naissance au règlement actuel de l'inspection médicale scolaire à Bordeaux.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

VILLE DE BORDEAUX

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE

INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE

CARNET SANITAIRE

École

Nom :

Prénoms :

Né à :

le :

Adresse :

ANTÉCÉDENTS

(Indication de l'année)

Rougeole..... *Diphtérie*..... *Oreillons*.....
Scarlatine..... *Bronchite*..... *Varicelle*.....
Coqueluche..... *Grippe*..... *Rhumatisme*.....
Renseignements sur l'allaitement.....

Vaccination et Revaccinations antivarioliques

Dates

Injectons de sérums curatifs ou préventifs

.....

EXAMEN D'ENTRÉE

le.....19.....

Aspect général.....

Appareil circulatoire.....

— *respiratoire*.....

— *digestif*.....

— *génito-urinaire*.....

— *lymphatique*.....

— *nerveux*.....

— *ostéo-articulaire*.....

— *visuel*.....

— *auditif*.....

— *dentaire*.....

Psychisme

QUESTIONNAIRE

à retourner aussitôt au Directeur ou à la Directrice de l'École.

ENFANT : (Nom)

(Prénoms).....

Né à, *le*.....

A-t-il eu la rougeole? En quelle année?.....

la scarlatine? »

la variole? »

la varicelle? »

la fièvre typhoïde? »

la coqueluche? »

les oreillons? »

la diphtérie? »

des bronchites? »

des troubles nerveux? »

d'autres affections? »

Se plaint-il fréquemment de quelques douleurs en quelque partie du corps?

Comment a-t-il été élevé? au sein ou au biberon?.....

Date de la vaccination première?

Date de la revaccination?

A-t-il eu des injections de sérum?.....

Adresse :

MAIRIE
DE
BORDEAUX

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE

CABINET DU DIRECTEUR

Bordeaux, le.....19 .

MON CHER CONFRÈRE,

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'il m'a été signalé
qu'un cas de

s'est produit à l'école

Je vous prie de me fournir un rapport après l'enquête
d'usage en m'indiquant quelles sont les mesures de prophylaxie qu'il y a lieu de prendre ; néanmoins, j'ai ordonné la désinfection immédiate.

Veillez agréer, mon cher Confrère, l'expression de mes
meilleurs sentiments.

Le Directeur,

ORGANISATION ACTUELLE DE L'INSPECTION MEDICALE SCOLAIRE A BORDEAUX

1° DANS LES ÉCOLES COMMUNALES.

Elle est soumise au règlement édicté par le Bureau municipal d'hygiène en 1928. Nous ne pouvons mieux faire que d'en donner les éléments et de présenter le modèle du carnet sanitaire, qui doit refléter la valeur physique de l'enfant pendant la période scolaire.

Dans ce carnet sanitaire, les antécédents de l'enfant sont notés à l'aide du questionnaire ci-joint, qui est adressé à la famille.

Après l'inspection, la fiche ci-jointe est adressée aux parents sous la signature du directeur du Bureau d'hygiène.

Si une maladie contagieuse est signalée dans une école, le directeur du bureau d'hygiène fait désinfecter aussitôt et adresse au médecin une note de demande explicative.

2° DANS LES ÉCOLES LIBRES.

L'inspection médicale des écoles libres existe à Bordeaux; cette inspection a été organisée par le Comité bordelais de secours aux blessés. Elle est faite parallèlement avec l'inspection médicale scolaire municipale des écoles municipales et dans des conditions analogues.

Cette inspection est faite une fois par an, au début de l'année, par les médecins inspecteurs de la société (médecine générale, oculiste, laryngologiste, orthopédiste). Ce sont eux qui dépistent les maladies commençantes; l'œuvre prévient, par bulletin, les parents des enfants qui ont besoin de soins.

Comme dans l'inspection médicale des écoles publiques, le rôle du médecin se borne à éveiller l'attention des parents et à leur indiquer, s'il y a lieu, de faire traiter les enfants par un médecin de leur choix. La déontologie est respectée, et en aucun cas le médecin inspecteur n'est confondu avec le médecin traitant.

Mais, en plus des inspections des écoles et du dépistage des maladies éventuelles, l'œuvre tient à la disposition des parents qui veulent suivre les indications du médecin inspecteur, 4 dispensaires généraux, 5 consultations prénatales et 6 consultations de nourrissons; à ceux-ci s'adjoignent 2 dispensaires privés.

Les familles qui ne peuvent supporter la charge du traitement de leurs enfants bénéficient du service gratuit de ces œuvres; un tableau des heures de consultation des dispensaires est affiché dans les écoles privées; les services de cette œuvre s'étendent d'ailleurs à toutes les œuvres libres de l'enfance : orphelinats, crèches, pouponnières, etc. Toutes précautions sont prises pour que les renseignements donnés sur l'état de santé de l'enfant examiné ne soient pas divulgués. Après l'inspection, qui se fait à l'école même, des bulletins indiquant simplement que l'enfant a besoin d'être soigné par un médecin général ou un spécialiste sont adressés aux parents.

Rôle des infirmières. — De même que dans l'inspection des écoles communales, les infirmières ont un rôle limité : celui de préparer l'inspection, d'accord avec les médecins et directeurs ou directrices d'école. Mais elles n'ont aucun droit ni moyen d'agir directement sur la famille pour faire traiter l'enfant; lorsque la famille de l'enfant a amené celui-ci une première fois au dispensaire, l'infirmière veille à ce que le traitement soit suivi régulièrement. Il est à noter que les enfants dont l'état général est à surveiller viennent volontiers au dispensaire, tandis que ceux dont l'état de santé nécessite un traitement médical ou chirurgical plus direct ne se font pas soigner.

QUELQUES TYPES D'ORGANISATION D'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE

Organisation médicale de Montluçon.

La municipalité de Montluçon, sous les présidences successives de MM. Paul Constans et Max Dormoy, a organisé depuis 1909 des services d'hygiène scolaire très étendus. Ces services sont dus à la collaboration du docteur Bussière, puis du docteur H. Cléret, qui en assure la direction et la responsabilité avec la compétence et le dévouement que nous avons eu l'honneur d'apprécier.

L'inspection médicale scolaire a ceci de particulier qu'elle comprend :

- des cliniques scolaires gratuites;
- un dispensaire d'hygiène sociale.

Les élèves de toutes les écoles primaires et maternelles sont examinés chaque année dans *leur école*. Ainsi, le médecin peut surveiller l'état des locaux, recueillir les observations des maîtres et maîtresses d'école.

Chaque élève est examiné, pour l'état général, par le médecin du bureau d'hygiène, assisté des infirmières, pour les pesées, mensurations, etc. Toutes les remarques concernant la santé des enfants sont consignées pour l'établissement au *carnet de santé individuel*.

Selon les résultats de cet examen, les écoliers peuvent être dirigés :

- soit sur le Dispensaire d'hygiène sociale;
- soit sur le laboratoire pour examens divers;

soit chez le médecin spécialiste;
soit aux colonies à la mer ou à la montagne.

A leur tour, les médecins spécialistes, qui *examinent* tous les enfants, les dirigent sur les *cliniques scolaires gratuites* où on les traite.

Ces cliniques ont pour médecins spécialistes : deux oculistes, qui se partagent les enfants, divisés en deux cantons; un médecin oto-rhino-laryngologiste, deux chirurgiens-dentistes.

Dispensaire d'hygiène sociale. — Au Dispensaire, les enfants sont examinés surtout pour dépister la tuberculose; l'examen, pratiqué par le docteur Cléret, est complété par un examen radioscopique; si besoin est d'un cliché, l'enfant est adressé au radiographe.

D'autre part existe la *fiche de liaison* entre le Service d'hygiène scolaire et le *médecin de famille* si l'enfant est malade.

Ce Service d'inspection scolaire comprend un service d'infirmières scolaires, qui visitent tous les enfants dont une absence de plus de quarante-huit heures a été signalée par le directeur ou la directrice d'école. Si l'enfant est malade, l'infirmière montre la façon de donner les petits soins, en restant strictement dans son rôle d'aide du médecin. S'il y a maladie contagieuse, les mesures prophylactiques sont prises le plus rapidement, donc le plus efficacement possible, toujours en plein accord avec le médecin traitant.

Enfin, existent un service de vaccination antivariolique et antidiptérique, un service de gymnastique médico-pédagogique et des bains-douches.

Des colonies à la mer et à la campagne ont été organisées; les enfants chétifs, recrutés lors de l'inspection médicale scolaire, sont envoyés passer trente ou quarante jours au bord de la mer. Cette année, et pour la première fois, auront lieu en plus, de juillet à octobre, les colonies de campagne, au château de la Bouchatte, propriété de la Ville de Montluçon.

AUTRE TYPE D'INSPECTION SCOLAIRE.

L'inspection scolaire à Lyon.

Le Service d'inspection scolaire de la Ville de Lyon remonte à 1880, avant le vote de la loi de 1886, qui la rendait obligatoire. Le rôle du médecin inspecteur était de surveiller les élèves au point de vue maladies contagieuses et de s'assurer de l'hygiène des locaux des écoles.

A la fin de l'année 1888, fut créé un Bureau municipal d'hygiène qui ne tarda pas à apporter des modifications satisfaisantes; l'inspection scolaire fonctionna ainsi longtemps.

En 1909, Charles Lesieur préconisa la fiche sanitaire scolaire, institua un service de sérophylaxie antidiphthérique et créa, à l'usage des écoles municipales, une consultation dentaire et ophtalmologique.

L'inspection médicale scolaire, actuellement, s'applique : aux écoles maternelles, primaires, primaires supérieures et, éventuellement, aux écoles professionnelles et privées. Le rôle du médecin inspecteur comporte :

L'examen collectif des enfants au cours de l'année scolaire;

La prophylaxie des maladies transmissibles;

L'établissement du carnet individuel pour les enfants au-dessus de 6 ans;

Des consultations hebdomadaires dans un cabinet de circonscription;

Et, enfin, la surveillance hygiénique des locaux et du mobilier scolaire.

Au Service d'inspection médicale scolaire, est adjoint un Dispensaire scolaire installé au bureau d'hygiène et qui fonctionne tous les jeudis pour les spécialités suivantes : maladies des yeux, oto-rhino-laryngologie, dermatologie, stomatologie, neurologie, chirurgie et orthopédie.

De plus, ont été créées des infirmières scolaires dont le rôle est de seconder le médecin inspecteur.

Enfin, existe un Service de prophylaxie de la tuberculose, comportant une consultation spéciale au dispensaire, et fonctionnant en liaison avec les médecins inspecteurs des écoles, et avec le Dispensaire antituberculeux du Comité départemental pour la lutte antituberculeuse.

Un service de gymnastique orthopédique, avec salle d'examen, salle de gymnastique et appareil à douches, existe pour les enfants des écoles présentant des déviations légères ne relevant pas d'autre traitement que la gymnastique orthopédique. Ce service est annexé à la consultation de chirurgie et d'orthopédie.

Enfin, tout récemment, un service spécial a été créé au Dispensaire pour la prophylaxie de la syphilis.

L'inspection scolaire à Lille.

Actuellement, cette organisation, établie en application des arrêtés municipaux du 17 janvier 1922 et du 30 janvier 1923, a pour but principal :

- 1° La protection des enfants fréquentant l'école contre toute cause de maladie provenant du milieu et du travail scolaire;
- 2° Le dépistage des enfants déficients et anormaux;
- 3° L'utilisation des renseignements recueillis pendant la scolarité en vue d'aider à l'orientation professionnelle de l'enfant.

A cet effet, a été organisé :

- 1° Une inspection sanitaire des locaux;
- 2° Une révision médicale lors des rentrées scolaires (grandes vacances et Pâques) pour les écoles primaires et des visites régulières dans les écoles maternelles;
- 3° Un service de mensuration périodique des enfants;
- 4° Des consultations hebdomadaires par les médecins inspecteurs;

- 5° Une surveillance médicale spéciale des écoles dont certains élèves sont atteints de maladies infectieuses;
- 6° Un contrôle médical des enfants ayant été absents de l'école pour cause de maladie ou pour cause inconnue.

Le Service de l'inspection médicale sanitaire est assuré par les médecins et assistants médicaux : constitution d'un dossier sanitaire et de dossiers sanitaires individuels.

La liaison se fait :

- 1° Avec les familles par l'envoi d'avis émanant du médecin inspecteur et par les visites des assistants scolaires;
- 2° Avec les services scolaires par les indications transcrites aux dossiers sanitaires individuels des enfants;
- 3° Avec la mairie par l'établissement de rapports périodiques.

Soulignons l'organisation de la consultation hebdomadaire du médecin inspecteur, faite tous les jeudis, et où il procède dans une école à l'examen individuel des enfants qui lui sont présentés. Sauf le cas d'urgence, le médecin inspecteur ne doit pas faire acte de médecin traitant.

Cette consultation, à laquelle les parents peuvent assister, est destinée :

- 1° Aux enfants malingres;
- 2° Aux enfants sollicitant leur réadmission à l'école après absence pour maladie, ou absence de plus de cinq jours pour cause inconnue;
- 3° Aux enfants pour lesquels les parents désirent avoir un avis médical concernant leurs aptitudes professionnelles;
- 4° Le cas échéant, aux vaccinations antivarioliques;
- 5° A l'établissement du certificat médical prévu pour l'admission des enfants dans les écoles maternelles.

Les infirmières scolaires, outre l'assistance du médecin, la tenue des dossiers et les visites à domicile pour aider au contrôle de la fréquentation scolaire, doivent s'occuper du

contrôle et du développement physique de l'enfant (mensuration, pesage), etc., service des bains-douches; chaque école a son dossier sanitaire.

Chaque enfant a son dossier sanitaire qui reste entre les mains du médecin inspecteur, mais qui peut, sur demande de la famille, en donner communication au médecin traitant. Ce dossier est remis aux familles en fin de scolarité.

Il n'est pas envisagé d'organisations particulières pour les examens des spécialistes.

L'inspection scolaire à Nancy.

L'inspection médicale scolaire à Nancy fut fondée en 1922. C'est actuellement un service fait par un personnel de trois médecins inspecteurs ne faisant pas de clientèle, trois assistants scolaires, une sténo-dactylo.

Avant d'entrer à l'école, l'enfant est conduit au Bureau de l'inspection médicale : on procède à l'interrogatoire des parents et tous les renseignements recueillis au point de vue antécédents, maladies antérieures, vaccinations, sont inscrits sur le carnet de santé.

A l'école, nous voyons, comme dans les autres organisations d'inspection médicale scolaire, le rôle important du médecin inspecteur, aidé de l'assistante scolaire qui sert de trait d'union entre les familles et l'école d'une part, les familles et le médecin d'autre part. Le médecin inspecteur avertit, le médecin familial traite. Les indigents sans médecin sont adressés à l'hôpital; l'auteur propose pour eux une clinique scolaire spéciale, réalisée à Saint-Etienne et à Lyon.

LE MEDECIN INSPECTEUR

Cet aperçu sur l'inspection médicale scolaire dans différentes villes permet de brosser un tableau d'ensemble de ce qu'est l'inspecteur médical, de ses fonctions, des conditions de travail qu'il rencontre, des résultats qu'il obtient.

Suivant les villes, l'attribution du poste de médecin inspecteur est donnée soit après examen, soit après épreuve de titres.

Certains sont des médecins fonctionnaires, comme à Nancy, d'autres des médecins praticiens qui associent leurs fonctions d'inspecteur à leurs occupations de clientèle. On conçoit fort bien d'ailleurs que, dans les grandes et moyennes villes, le médecin scolaire puisse être choisi parmi les praticiens et ne donner qu'une partie de son temps aux écoles : une demi-journée par semaine environ (à Paris, un inspecteur peut assurer dans ces conditions la surveillance d'environ 1.000 enfants).

Au contraire, dans les petites villes, le praticien peut difficilement assurer ce service; il y a incompatibilité entre les fonctions de médecin traitant et de médecin contrôleur.

Quelles sont les fonctions du médecin inspecteur ? D'abord :

a) Il doit s'occuper de la collectivité en veillant à l'hygiène générale de l'école. Dans les écoles déjà existantes, le médecin doit faire une visite minutieuse des locaux, s'assurer du cube d'air des différentes salles, de l'intensité et de la disposition de l'éclairage, du chauffage, de la ventilation, du mobilier et en particulier de la disposition des bancs et des pupitres, qui favorisent les troubles de la vue et aussi le développement de bien des scolioles en puissance.

Le médecin doit aussi, au cours de ces visites, surveiller la propreté des locaux, savoir si les prescriptions relatives au balayage sont observées, visiter les cuisines, réfectoires, cantines, les lavabos et les douches qui devraient exister aujourd'hui dans la plupart des écoles, et ne pas oublier la surveillance des cours et surtout des cabinets.

S'il s'agit d'une école en construction, le médecin doit être également consulté; il doit collaborer à l'œuvre de l'architecte pour rechercher les meilleures conditions d'hygiène.

b) Il doit s'assurer de l'hygiène collective des écoliers : la propreté du corps et des vêtements — il peut organiser des séances de douches hebdomadaires — de l'hygiène alimentaire des cantines, et nous verrons tout à l'heure le rôle capital que, dans cette sphère, peut jouer l'infirmière. Mais c'est aussi la prophylaxie des maladies contagieuses que le médecin doit avoir en vue. A la vaccination antivariolique devrait s'ajouter aujourd'hui partout la vaccination antidiphthérique qui n'est encore appliquée dans les écoles que d'un petit nombre de villes.

c) La séparation des enfants anormaux (arriérés, instables, infirmes) des normaux n'est pas toujours à la portée du maître: le médecin dépistera les malades et placera chacun dans la classe qui lui convient.

d) Il surveillera l'éducation physique (nous allons revenir sur ce point).

Il devra désigner les enfants justiciables des colonies scolaires.

Il doit s'occuper également de l'hygiène individuelle des élèves.

Enfin, à la sortie de l'école, il sera consulté pour l'orientation professionnelle de l'élève.

Dans certaines villes, l'inspection médicale est obligatoire : l'enfant passe par les mains du médecin avant d'entrer à l'école. Les parents peuvent assister à cet examen; s'ils y sont présents, ils pourront donner sur les antécédents de l'enfant des renseignements précieux.

En général, cette inspection a lieu deux fois par an : une fois à la rentrée des classes au mois d'octobre, une seconde fois après les vacances de Pâques.

Avec l'aide des directeurs ou des directrices et des infirmières on remplit la fiche sanitaire individuelle du carnet scolaire de chaque enfant.

L'examen peut être rapidement conduit — car il ne s'agit pas de faire un diagnostic précis — mais cependant complet; on notera : la taille, le poids, le périmètre thoracique, la vue, l'ouïe, la respiration. Rapidement, on examinera la bouche et le pharynx, puis le système ganglionnaire, le squelette. Le développement intellectuel est vite jugé; enfin on fait faire quelques pas au sujet. C'est terminé, il peut retourner s'habiller.

Au cours de cet examen, seront dépistées des affections le plus souvent passées inaperçues des parents, ou négligées, qui nécessiteront des soins.

D'un rapport de Mme le Docteur Requin au Conseil national des femmes en mars 1928, nous extrayons une statistique qui répartit une population scolaire de 115.000 enfants, en sujets dont la santé est : bonne, assez bonne, passable ou mauvaise.

ÉTAT DE SANTÉ	PARIS (1920-1921) 23.963 enfants	LE MANS (1922) 12.337 enfants	SAINT- ETIENNE (1924-1925) 24.444 enfants	BAS-RHIN 54.368 enfants	MOYENNE GÉNÉRALE
	%	%	%	%	%
Bon.....	52		52,95	54	
Assez bon..	21	81,5	30,55	26,3	81
Passable...	16,3	18	13,65	15,3	15,8
Mauvais....	5,6	0,5	2,85	4,2	3,2

De ces chiffres, il résulte que 20 p. 100 de la population scolaire est dans un état de santé précaire. En se reportant au nombre des écoliers inscrits dans les écoles publiques et privées en France en 1926, et qui était de 4.300.000, cela représente le nombre élevé d'enfants dont la santé est passable ou

mauvaise et qui ont par conséquent besoin d'être soignés ou surveillés.

Parmi les affections rencontrées indépendamment des maladies infectieuses, un certain nombre de celles que l'on rencontre assez habituellement ont été ainsi classées par ordre de fréquence :

Affections de la bouche et des dents	50	%
Diminution de l'acuité visuelle	22	%
Adénopathies cervicales	22	%
Hypertrophie des amygdales	20	%
Végétations adénoïdes	7,50	%
Diminution de l'ouïe	7	%
Attitudes vicieuses, Scolioses	7	%
Adénopathies trachéo-bronchiques	5	%
Maladies de la peau et parasitaires	6	%
Arriération mentale	2,50	%
Affections cardiaques	2	%
Tuberculose pulmonaire	1,50	%
Tuberculose osseuse, Mal de Pott	0,25	%

Cette statistique n'intéresse qu'un certain nombre d'affections, laissant de côté en particulier la plupart des malformations dont sont atteints un nombre assez important d'enfants.

LES COLLABORATEURS DU MEDECIN

Le médecin doit donc se faire aider dans sa tâche pour soigner les enfants. Il devrait trouver auprès des parents des collaborateurs précieux.

LES PARENTS.

Quelques-uns répondent rapidement à l'avis du médecin et lui conduisent leur enfant. Ils sont rares. D'autres sont retenus au foyer par leurs occupations, et non seulement ne peuvent conduire leurs enfants à un traitement régulier, mais encore ne les conduisent même pas pour recevoir un simple avis thérapeutique ou un traitement rapide. La négligence est le plus souvent en cause.

Certains ont des préjugés éducatifs qui ont pour seule base une imagination plus ou moins bien équilibrée.

D'autres ont des préjugés qui portent sur l'état psychique et physique de leurs enfants. « Leur ignorance, dit G. Robin, est souvent la conséquence d'un excès de tendresse. » Amour maternel, sentiment bien respectable; cependant, il faut savoir ouvrir les yeux. Cette ignorance des défauts psychiques ou physiques de l'enfant est quelquefois volontaire, les parents préfèrent ne pas regarder la vérité en face. Ceux-là, plus que les autres, sont difficiles à instruire de leur rôle; ils ne le comprennent pas. Enfin, il y a aussi les parents suffisants, qui plaisantent l'avis du médecin : « Il voit des malades partout ! » Il y a également les parents qui ne font pas soigner leurs enfants par avarice, fait d'observation encore assez fréquent. Peut-être, cependant, pourrait-on essayer d'instruire les parents des nécessités de la sur-

veillance médicale et de l'obligation de les traiter lorsque l'inspecteur le leur recommande.

Des articles de presse, des brochures distribuées aux enfants peuvent aussi chercher à atteindre le même but, en touchant les parents que les nécessités de la maison et les occupations retiennent chez eux.

En fait, on ne peut attendre que peu de secours de ce côté; on ne peut guère chercher à obtenir que l'adhésion des familles.

LE PÉDAGOGUE.

Le maître est, ou devrait être, pour le médecin un collaborateur indispensable.

En dehors des visites du médecin inspecteur, il peut découvrir des malades. En outre, c'est lui qui préside le plus habituellement à l'éducation physique de l'enfant.

Il doit toujours penser que seuls les enfants en bonne santé présentent un harmonieux équilibre entre leur intelligence et leur état physique.

Attention à ses fautes, aux sanctions appliquées maladroitement ou inutilement. Les parents, eux-mêmes éducateurs, s'y trompent; tel le fait que rapporte G. Robin :

« Un papa pleurait l'autre jour devant moi : « J'ai compris » trop tard que mon fils est un malade. Je croyais qu'il » apportait de la mauvaise volonté dans son travail. Je tapais » dessus. J'espérais réduire cette tête de mule. Plus je frappais, moins il faisait d'efforts. C'est vous, docteur, qui » venez de m'éclairer. Pauvre petit que j'ai maltraité ! » Il s'agissait d'un jeune homme de 16 ans qui avait été heurté à la tête par une automobile alors qu'il était âgé de 10 ans. Depuis la commotion, l'enfant n'avait rien acquis de nouveau. Il se montrait lent à comprendre, lent dans son travail et, malgré son désir de devenir mécanicien-dentiste, l'apprentissage, plusieurs fois essayé, ne réussissait pas. Je constatai, en effet, un syndrome commotionnel des plus nets. Le jeune homme, confié à un centre agricole, fera de rapides

progrès et s'adaptera parfaitement à ses nouvelles fonctions. »

L'enfant qui ne peut suivre la classe de son âge n'est-il pas un malade; l'enfant indiscipliné, l'enfant apathique, ne sont-ils pas des malades ?

Les troubles de la vue, les surdités légères, ont fait bien des élèves malheureux.

Le maître aura à catégoriser ses sujets, non d'après l'âge, mais d'après leurs capacités intellectuelles. Il aura souvent besoin du conseil du médecin, il apportera ses observations.

Nous avons vu aussi le rôle important que doit jouer le maître dans l'éducation physique de l'enfant. Le médecin doit l'instruire; il doit lui préciser le mode d'éducation physique auquel il doit soumettre ses élèves. Comme nous l'avons vu, il s'occupera du jeu, qui, pour les tout jeunes, représentera une gymnastique suffisante; pour les plus grands, il fera quelques minutes de gymnastique journalière, bien préférable aux séances de gymnastique d'une demi-heure, bi-hebdomadaires, que l'on fait actuellement encore dans la plupart des lycées et collèges.

Cinq minutes de gymnastique journalière, le matin, délasseront le corps, entretiendront sa souplesse sans le fatiguer.

L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE.

Ainsi, le médecin peut trouver des concours du côté des parents quelquefois, du côté de l'instituteur presque toujours. Cependant, son inspection médicale serait loin de donner l'efficacité qu'elle doit s'il n'avait pour l'aider l'infirmière scolaire.

L'infirmière scolaire va compléter l'œuvre du médecin en s'attachant aux détails de l'inspection médicale, que celui-ci ne peut pas appliquer.

Elle va remplir auprès du médecin inspecteur le rôle d'assistante, et, d'autre part, elle doit surveiller d'une manière continuelle la santé et l'hygiène des élèves, en dehors des heures de présence du médecin.

Comme assistante :

Elle prépare les visites du médecin inspecteur; elle fait remplir par le maître d'école les renseignements généraux qui figurent au début des carnets sanitaires (nom, âge, adresse, etc.); elle se renseigne sur les antécédents de l'enfant, soit en voyant la famille, soit en lui faisant parvenir un questionnaire que rapportera l'enfant. Enfin, c'est elle qui déshabillera, pèsera, mesurera l'enfant aussitôt avant la visite médicale.

Malheureusement, dans certaines villes, sous le fallacieux prétexte de liberté, on interdit même aux infirmières d'aller dans les familles pour essayer de faire soigner les enfants qui en ont besoin, convaincre les parents rebelles au conseil médical. On se borne à signaler aux parents, par un avis émanant du Bureau d'hygiène ou du médecin inspecteur, que leur enfant a besoin d'un examen complémentaire, en leur conseillant de le présenter soit à leur médecin de famille, soit à un dispensaire, à un hôpital. Les résultats ainsi obtenus *sont décevants*. Les enfants qui se font soigner dans ces conditions ne dépassent pas le chiffre de 2 p. 100.

L'infirmière va à domicile, insiste auprès des parents sur la nécessité de faire soigner les enfants; elle les conduit, de leur maison ou de l'école, au dispensaire ou à l'hôpital et alors on s'aperçoit que 50 à 60 p. 100 des enfants ainsi en tutelle se font soigner.

Plus encore. L'infirmière a encore un rôle plus important dans certaines écoles, où elle assure la surveillance *permanente* des élèves en ce qui concerne la santé et l'hygiène.

Elle peut, sur place, donner parfois quelques soins immédiats pour une indisposition, une blessure légère; mais, surtout, elle doit s'attacher à surveiller l'hygiène corporelle et la propreté des enfants, d'une part en les faisant se laver si c'est nécessaire, d'autre part en leur montrant l'agrément et l'utilité qu'il y a à être propre.

En cas de besoin, elle fait remettre aux parents un imprimé concernant la destruction des poux, par exemple...

Certaines écoles ont des organisations de bains-douches, dont s'occupent aussi les infirmières. Les élèves peuvent y être conduits, par exemple, deux fois par mois.

L'infirmière joue donc un rôle de premier plan dans l'inspection médicale scolaire, car c'est grâce à elle que les parents apprennent à soigner leurs enfants, grâce à elle que l'ordre et la propreté, facteurs d'économie, rentrent dans le ménage comme à l'école.

*
* *

Dans certaines villes, pour faciliter les soins des malades, certaines municipalités ont cherché à former des groupes autochtones constitués par l'école à laquelle est attaché le dispensaire scolaire.

C'est à Lyon et à Montluçon que les dispensaires scolaires paraissent être le mieux organisés.

Le médecin inspecteur y adresse les enfants désignés au cours des visites collectives; les enfants sont examinés par des spécialistes, qui rédigent une fiche d'examen, qui est transmise par les soins de l'infirmière au médecin inspecteur et annexée au carnet de santé.

Pour le traitement, le dispensaire, en principe, ne se substitue jamais au médecin de famille. Il est délivré à l'enfant une fiche sur laquelle une note indiquant le diagnostic et la nécessité de faire un traitement.

La plupart de ces enfants appartenant à des milieux nécessaires sont adressés dans les services d'hôpitaux. Certaines consultations du dispensaire (consultation dentaire, orthopédie, oto-rhino-laryngologie) sont organisées en vue des soins à donner.

Dans d'autres villes, il n'y a pas de dispensaires scolaires proprement dits, ce sont les dispensaires de bienfaisance ou les œuvres charitables et la consultation des hôpitaux qui représentent les centres où les enfants peuvent être examinés, voire traités.

RESULTATS PRATIQUES DE L'INSPECTION MEDICALE SCOLAIRE

Quoique le médecin inspecteur soit tantôt praticien, tantôt fonctionnaire, quoiqu'il soit tantôt en fonction, tantôt associé à des spécialistes, il n'est pas douteux qu'il existe actuellement dans tous les centres importants les éléments d'une organisation d'inspection médicale excellente.

Et cette diversité que l'on rencontre d'une ville à l'autre est peut-être une des raisons pour lesquelles la loi n'est pas venue apporter des règles impératives qui risqueraient de modifier malencontreusement des organismes fonctionnant parfaitement.

Certains départements ont une organisation d'ensemble; villes et villages sont réglementés de même façon. Dans d'autres, l'organisation de la ville diffère de l'organisation des communes voisines. On ne peut guère établir de règles générales.

La loi peut seulement obliger les administrations départementales ou municipales à organiser l'inspection médicale, celle-ci devant être installée au mieux de l'intérêt de chacun.

Si l'inspection médicale, en ce qui concerne l'hygiène collective des écoliers, est actuellement véritablement efficace, il en est tout autrement en ce qui concerne le traitement des enfants dépistés.

Dans certaines villes, les parents sont simplement prévenus que leur enfant doit être surveillé pour telle ou telle affection; mais c'est *sans aucun diagnostic* précis que l'enfant est adressé au médecin traitant, à l'hôpital ou au dispensaire, si

les parents veulent bien l'envoyer; il n'existe aucun moyen de coercition pour secouer leur apathie.

Pour que les enfants dépistés se fassent soigner, il faut s'occuper d'eux directement. Si, en effet, on se contente d'un avertissement adressé à la famille, les résultats sont lamentables.

Nous en voulons seulement pour preuve la statistique rapportée par MM. Aublant et Tarral. Il s'agit d'un secteur rural dans lequel le médecin inspecteur « opère » seul, sans visiteuse scolaire et sans l'appui de dispensaires ou de consultations hospitalières où diriger les écoliers.

Pour un effectif scolaire de 2.835 enfants, 904 avertissements ont été envoyés. Il est intéressant de voir pour les principales spécialités combien d'enfants ont subi le traitement recommandé.

	Avis envoyés.	Traitements appliqués.
Hypertrophie des amygdales et végétations adénoïdes.....	161	68
Tuberculose osseuse.....	5	2
Tuberculose pulmonaire ou imminence de tuberculose et adénopathie trachéo-bron- chique.....	17	10
Défaut de la vision.....	486	139
Oto-rhino-laryngologie.....	59	9
Affections oculaires.....	11	9
Hernies et ectopies testiculaires.....	72	5
Orthopédie, bandages.....	95	13

soit, pour 904 avertissements envoyés, 257 traitements appliqués.

Que deviennent les enfants ainsi signalés par le médecin inspecteur?

Dans un certain nombre de centres, les malades dépistés sont adressés au médecin de famille ou au spécialiste de leur choix.

En d'autres, les malades sont adressés à un spécialiste qui fait partie de l'organisation d'inspection médicale. Celui-ci confirme, complète ou réforme le diagnostic du médecin ins-

pecteur et prévient la famille soit directement, soit par l'entremise du bureau d'hygiène, de la nécessité du traitement.

En d'autres centres encore, les médecins spécialistes visitent tous les enfants comme le médecin inspecteur, mais seulement en ce qui concerne leur spécialité; ils font d'emblée le diagnostic; leur dépistage est plus précis que celui du médecin inspecteur en général; les enfants qui ont besoin d'être traités sont aussitôt signalés à leurs parents.

Dans les grandes villes, ces malades, s'ils sont parfois envoyés à leur médecin traitant, sont plus souvent encore dirigés vers des organisations de bienfaisance constituées par des hôpitaux, des dispensaires, des cliniques scolaires, comme celles qui fonctionnent à Lyon et à Saint-Etienne.

C'est là qu'ils peuvent rencontrer les médecins spécialisés qui vont donner les soins nécessaires.

Ces spécialistes sont représentés par des oto-rhino-laryngologistes, des ophtalmologistes, des orthopédistes, des dermatologistes, des dentistes. Nous ne voulons pas nous étendre sur les services que rendent, chacun dans leur cadre, ces différents spécialistes, mais il en est un, le *spécialiste orthopédiste chirurgien*, qui pourrait compléter le médecin inspecteur général dans une partie de ses fonctions, en même temps qu'il ferait le dépistage des malades de sa spécialité.

Sans doute, le chirurgien orthopédiste n'existe en général que dans les centres importants. Ailleurs, il importerait que le médecin inspecteur ait, au point de vue orthopédie, une formation spéciale.

La Ville de Bordeaux ayant été la première à mettre en relief l'importance de l'inspection médicale des spécialistes, nous allons décrire ce qui existe dans cette ville en tant qu'inspection orthopédique et chirurgicale.

De cette organisation s'est inspirée notamment la ville de Lyon.

L'INSPECTION CHIRURGICALE ET ORTHOPÉDIQUE A BORDEAUX

L'inspection orthopédique a été créée pour la première fois à Bordeaux en 1909. Cette création fut favorisée de ce fait que depuis 1899, l'Administration des Hôpitaux de Bordeaux avait fondé à l'Hôpital des Enfants un service de massage et de gymnastique orthopédique, et que l'Université créait, dès 1906, une chaire magistrale de clinique orthopédique.

Cette organisation fonctionna de la façon suivante :

Le médecin inspecteur spécialiste ou ses adjoints faisait une visite générale des écoles pour la sélection des enfants nécessitant un examen physique complet. Chaque enfant du groupement scolaire désigné à une consultation mensuelle, est examiné, devêtu, par le « médecin inspecteur spécialiste ». Les parents des élèves chez qui le médecin a relevé une prédisposition à la déformation ou une déformation sont avertis par le Bureau d'hygiène, par une fiche, qu'ils aient à faire traiter leurs enfants par le spécialiste de leur choix, ou, s'ils sont indigents, qu'ils aient à le mener à la consultation orthopédique de l'Hôpital des Enfants.

Actuellement, depuis la réorganisation en service d'inspection médicale scolaire à Bordeaux, l'inspection orthopédique et chirurgicale se fait de la façon suivante :

Les spécialistes, au nombre de trois, n'examinent que les enfants déjà triés par le médecin inspecteur général : ces spécialistes sont dits « à inspection filtrée », de même que les psychiatres et dermatologistes.

L'inspection a lieu vers le mois de janvier : les enfants, préalablement convoqués par l'assistante scolaire, sont examinés, devêtus, par le médecin. Chaque enfant est visité séparément, hors de la vue de ses camarades.

EXAMENS ORTHOPÉDIQUES ET CHIRURGICAUX

DATE	
	<i>Rachis et Thorax :</i>
	<i>Maladies congénitales :</i>
	<i>Maladies acquises (inflammatoires, traumatiques) :</i>

Le résultat de l'examen est consigné, par les soins de l'assistance scolaire, sur le carnet sanitaire individuel, à la page *ad hoc*. Nous reproduisons ici la fiche orthopédique de ce carnet.

Dans les écoles libres, le mécanisme est un peu différent. Chaque spécialiste (et l'orthopédiste est du nombre) voit tous les enfants. Il donne son appréciation sous forme d'une fiche dans laquelle il signale que l'enfant doit être vu soit par son médecin traitant, soit à l'hôpital pour une affection orthopédique. Il peut, à l'occasion de cette visite, surveiller l'organisation matérielle de l'école (sièges, tables).

Rôle individuel et social de l'inspection orthopédique.

L'inspection médicale orthopédique est nécessaire et commandée par plusieurs raisons. Les premières sont d'ordre individuel et s'adressent à un point de vue purement matériel : le capital-santé. Les autres visent un point de vue d'ordre moral et ont rapport à la dépendance de l'individu et de la collectivité.

Dans un article de la *Revue médicale de l'Est* (1913) le Docteur Mutel (de Nancy) écrivait la phrase suivante : « L'inspection orthopédique a pour but de protéger l'enfant contre les difformités corporelles qui entraînent tant de grands troubles physiologiques, une incapacité partielle permanente et une humiliation morale perpétuelle. »

En envisageant la question au point de vue matériel, l'inspection orthopédique s'impose, car la difformité physique est toujours apparente; au contraire d'autres affections qui relèvent de spécialistes, celle-ci est évidente et saute aux yeux. Mais avant de nous occuper de son retentissement psychique, voyons ce que sont ces difformités physiques.

Nous savons que, à côté des déformations congénitales, les déformations acquises apparaissent de 2 à 15 ans. Celles qui sont congénitales s'aggravent, les autres naissent et se développent pendant la période dite « scolaire ». Or, actuellement,

on tend par tous les moyens au relèvement de la race, et sports et gymnastique ont conquis droit de cité international.

L'état actuel de l'orthopédie permet d'assurer, en effet, que l'on guérit ou que l'on améliore les sujets atteints de malformations congénitales (luxation congénitale, torticolis, pied bot) quand on traite les malades jeunes; que, pour guérir les malformations acquises, il faut les traiter dès leur apparition. L'inspection orthopédique protégera donc l'enfant contre les difformités physiques.

Le séjour à l'école favorise la production de ces déformations d'autant mieux que l'enfant, dépendant étroitement de sa famille, appartient en majorité à des milieux où les règles de l'hygiène sont totalement inconnues, où la nourriture est quelconque, souvent préparée à la hâte, de qualité inférieure ou de cuisine grossière, insuffisante parfois en choix ou même en quantité. Il est en état de moindre résistance au moment même où sa croissance nécessiterait une alimentation riche et variée. Parfois, l'écolier appartient à une famille nombreuse, nécessiteuse, vivant dans d'étroits taudis; le sommeil de l'enfant est souvent interrompu par la nécessité des veillées ou du départ matinal des parents.

Enfin souvent, la famille, accablée par le labeur quotidien et les soucis domestiques, ne peut exercer une surveillance utile. La surveillance de l'instituteur, en liaison avec le médecin, supplée à celle de la famille, car la difformité physique met son porteur dans un état d'infériorité sociale. Si, dans les milieux riches, le déformé peut trouver des compensations, il n'en est pas de même dans les milieux où la lutte pour la vie a mis au premier rang des angoisses celle du pain quotidien. Le déformé ne pourra suivre la carrière, ni embrasser la profession pour laquelle il se sentait des aptitudes; il lui faudra se résigner à choisir le métier qu'il pourra exercer, et, obligatoirement, il le fera dans de moins bonnes conditions, donc moins bien que la concurrence... Mais ce n'est pas tout. A ce handicap physique, s'ajoute la diminution intellectuelle ou morale. L'attention — même quand elle n'est

pas malveillante — qui est attirée par un infirme est pour celui-ci une cause d'humiliation souvent vive et profonde. Souffrances d'autant plus grandes que son infériorité physique lui interdit la compétition dans d'autre domaine que celui de malheureux comme lui.

Souvent d'ailleurs, la déformation, méconnue ou volontairement négligée au début, devient incurable — et l'infirmes en souffre d'autant plus que dans certains cas, au contraire, le développement intellectuel a suivi une marche toute inverse, se faisant plus large et plus complet.

L'enfant qui est préservé des difformités physiques y gagne doublement au point de vue *physique* et *moral*.

Homo non sibi soli vivit : considérons maintenant le point de vue social.

L'infirmes est une charge pour la société. Non seulement c'est une charge, c'est une « puissance négative ». Il ne pourra rien faire pour elle. Dans une société, les individus sont solidaires les uns des autres. Chacun de nous a un certain nombre de devoirs à remplir envers la société. Le devoir d'un citoyen est de fonder une famille. L'état d'infériorité physique dans lequel se trouve le déformé l'empêchera souvent d'en fonder une, ceci en ne considérant la question qu'au point de vue économique. Déjà se suffisant souvent à peine à lui-même, il hésitera à accroître ses charges, ou, s'il passe outre, il risque d'avoir besoin de faire appel à la charité des autres pour faire vivre une famille.

Un autre devoir envers la société est le service militaire. Or, nous savons que le conseil de révision écarte de celui-ci les déformés. Lorsque la réforme ne sanctionne pas définitivement leur incapacité physique, ce sont eux qui encombrant les services auxiliaires. En réalité, ils sont incapables de servir utilement leur pays, et leur rôle ne dépasse guère celui de figurants : ceci aux dépens d'hommes jeunes, sains, qui à temps voulu se sont pliés aux examens ou traitements médico-chirurgicaux, qui parfois ont subi des interventions douloureuses et qui, plus que les autres, ont droit à ce que

leur part de responsabilité civile ne soit pas alourdie par le fait d'un inconscient ou d'un pusillanime.

En résumé, l'inspection orthopédique des enfants présente une importance capitale par ce fait que son action dépasse l'individu; son but est le perfectionnement de la race; mais, avant tout, son but pratique, c'est d'empêcher l'homme de demain d'être diminué physiquement, avec la répercussion morale et matérielle que cela entraîne; de lui permettre de jouer le rôle qu'attend de lui la société; lui permettre de fonder une famille normale; enfin d'acquitter envers la nation l'impôt sacré du sang.

Nous extrayons d'un rapport de Paul Vigne et Gardère sur l'inspection médicale des écoles de la Ville de Lyon, présenté au Congrès de l'alliance d'hygiène sociale à Besançon en 1923, la statistique de la consultation du Docteur Rendu, à Lyon, qui donne une idée approximative des cas orthopédiques que l'on peut découvrir au cours des inspections.

De 1921 à 1926, à Lyon, sur 28.000 enfants qui se sont présentés au Dispensaire scolaire, 694 sont venus à la consultation de chirurgie osseuse et orthopédie.

Sur ce nombre, on relève :

Déformations rachidiennes et thoraciques	319
Affections tuberculeuses (mal de Pott, coxalgie, arthrite, ostéite)	67
Affections traumatiques (plaies, entorses, fractures)	44
Affections congénitales (luxation de la hanche, hernie, pieds bots, pieds plats)	82
Rachitisme	49
Paralysie infantile	25

Soit en tout 586 enfants dépistés, c'est-à-dire 2 p. 100 environ des enfants venus au dispensaire.

Ce nombre, qui apparaît à première vue comme minime par rapport au nombre de consultations données par exemple dans la consultation d'oto-rhino-laryngologie (3.287 cas) et d'ophtalmologie (3.156 cas), a trait à des affections qui entraî-

nent des soins particulièrement importants et longs qui se prolongent pendant presque toute la période de séjour à l'école. Ce sont des enfants qu'il va falloir constamment surveiller.

Il faut que le médecin orthopédique ait avec l'école un contact plus intime que celui de simple consultant.

Il peut, comme nous le disions, apporter au médecin inspecteur une collaboration particulièrement efficace en ce qui concerne les points sur lesquels il est surtout compétent, c'est-à-dire au point de vue de l'exercice physique : jeu et gymnastique.

LE JEU — LA GYMNASTIQUE A L'ECOLE LA GYMNASTIQUE MEDICO-PEDAGOGIQUE

I — Le jeu. La gymnastique.

Jusqu'alors, la gymnastique à l'école consista plutôt en tentatives d'applications pratiques d'une théorie, qu'en la compréhension de cette gymnastique au point de vue de l'amélioration physique des sujets.

Avant d'examiner dans le détail quand et comment se fait la gymnastique prévue dans les programmes scolaires, nous pouvons nous demander à quel besoin elle répond et quel est son but.

D'abord, quelle sorte de gymnastique sera faite à l'école ? Nous écarterons de suite la gymnastique de force, celle qui comporte des exercices physiques violents, la gymnastique d'agrès par exemple. Nous n'envisagerons que la gymnastique de Ling, dite gymnastique suédoise.

Le but que nous envisageons n'est point de faire des écoliers des athlètes. Nous n'en avons ni le temps ni la possibilité. Le but de la gymnastique à l'école, c'est, au moyen de quelques mouvements simples, peu fatigants, de distraire l'écolier d'abord, de l'obliger à changer de position; de lui faire exercer normalement ses muscles; en quelque sorte la gymnastique scolaire doit être considérée comme « un jeu » plus rationnel.

Le jeu, sous toutes ses formes, est nécessaire à l'enfant. Un enfant, en bonne santé, en éprouve le besoin. En effet, la vie à l'école, considérée au point de vue philosophique, est une vie un peu anormale. A tout instant, l'enfant est obligé de se contraindre; la première de ces contraintes est l'immobilité

relative obligatoire, souvent, dans des conditions matérielles assez défectueuses. Aussi nous savons tous avec quelle impatience l'enfant se précipite dans la cour de récréation.

Malheureusement, à l'école, les récréations sont trop courtes : cinq à dix minutes seulement durent les récréations d'inter-classe, ce qui est insuffisant pour permettre aux enfants de se délasser par le jeu.

On comprend l'intérêt qu'il y aurait à ce que les enfants aient à leur disposition une cour de récréation gaie, ensoleillée, suffisamment grande, bien drainée. Dans nos visites des écoles, nous avons été frappé de ce fait que, souvent, la cour de récréation est enclose par de hauts bâtiments, elle est froide et inhospitalière; l'été elle ressemble à un parc poussiéreux; l'hiver, à un marécage. Par mauvais temps, les enfants n'ont que la ressource d'un préau ouvert à tous les courants d'air et glacial.

Dans ces conditions, l'enfant ne joue pas. Aucun exercice physique ne peut remplacer le jeu. Le jeu c'est « la dépense physique librement consentie ». Les jeux, nous le savons, se subdivisent en jeux d'adresse et jeux de force; mais l'enfant n'a pas besoin de cet éclectisme. « L'activité de jeu » se manifeste chez lui de la façon la plus rudimentaire, par la mise en œuvre de ses possibilités physiques, au mépris de toute règle autre que celle d'obscures traditions ou de fantaisies imaginatives. La satiété apparaît sous la forme de la fatigue. Aux exercices violents, contrastant avec la quasi-immobilité obligatoire, succèdent des distractions plus calmes.

Puisque le jeu est la réaction naturelle de l'enfant après le travail, il est facile de concevoir tout le profit qu'en peut tirer un maître intelligent. En aucun cas, nous n'admettons que la gymnastique puisse remplacer le jeu, l'enfant étant l'esclave du mouvement commandé, alors qu'il est le maître de son activité. Cette nécessité de délassement de l'esprit sous forme de réaction physique a été bien comprise de ceux qui, frappés de ce besoin et de l'insuffisance matérielle de sa réalisation, ont créé des terrains de jeu. Dans certains pays,

les écoliers sont conduits systématiquement au terrain de jeu, et les maîtres ne dédaignent pas de se mêler à l'action, tout en gardant le contrôle, ceci pour le plus grand bien des élèves; car c'est au jeu que l'enfant abandonne toute contrainte, se montre lui-même, avec son originalité propre, situe sa personnalité et celle de ses camarades, dénonce ses besoins, exprime ses enthousiasmes et signale ses travers. C'est en se mêlant aux jeux des écoliers que le maître attentif se rendra compte de telle ou telle tare physique inaperçue; tel enfant, par ailleurs bien portant, est vite essoufflé..., ne serait-il pas obèse... Signalé au médecin, celui-ci dépiste par exemple l'ectopie testiculaire passée inaperçue. Tel autre enfant, au contraire, paraît particulièrement apathique, tel autre excite la moquerie de ses camarades par sa maladresse. N'est-ce pas que l'état général de l'un est déficient, son apathie apparente n'étant que la traduction, par exemple, d'une fatigue due à la croissance, à son alimentation insuffisante, à son repos compromis, etc.; l'autre n'est-il réellement si maladroit que parce qu'il a une ouïe médiocre ou un début de myopie passé inaperçu? Car des troubles grossiers de la vue ou de l'ouïe peuvent passer inaperçus même à des gens éclairés, avertis, mais inattentifs. Il nous souvient qu'il a fallu le hasard d'une séance de cinématographe pour motiver la consultation d'un oculiste pour un enfant dont la vue était, cependant, des plus médiocres, et nous nous rappelons de l'indignation de la famille lorsque le spécialiste consulté prescrivit le port de verres correcteurs.

Un autre avantage à la participation du maître à la récréation est celui-ci : lorsque sonne l'heure de rentrer en classe, l'enfant est brusquement arraché à son jeu : le cœur battant, le corps en nage après la course de tout à l'heure, par exemple, il rentre dans la salle de classe; avant qu'il soit revenu au calme, son esprit se porte aux moments agréables qu'il vient de passer; il en résulte une inattention toute physique due à ce manque d'équilibre; tandis que, dans notre conception, le maître dirigeant lui-même les ébats de ses écoliers,

leur fait réintégrer la classe dans un état de calme physique, dont le corps et l'esprit tirent un profit maximum.

A défaut du jeu comme nous le comprenons, nous devons insister sur l'intérêt que présenterait la gymnastique comprise sous forme de marches rythmiques, avec mouvements. Chaque matin ou après la récréation d'inter-classe, dix minutes de mouvements rythmés, accompagnés de chants, atteignent le double but de délasser l'esprit et d'exercer méthodiquement le corps.

Nous avons eu l'occasion de constater, au contraire, que le but de gymnastique était mal compris : dans certaines écoles, on fait une fois la semaine une demi-heure de gymnastique; celle-ci comporte un certain programme dont le besoin ne répond à rien. Le but de cette gymnastique n'est pas déterminé, aussi est-elle faite sans discernement ni méthode : on la fait... puisqu'elle est inscrite au programme...

Nous estimons que l'enseignement de cette gymnastique devrait avoir lieu chaque jour. A défaut de professeur spécial, les maîtres devraient y être entraînés. Celle-ci devrait avoir pour but d'exercer isolément chacun des groupes musculaires et de provoquer le développement le plus complet de l'appareil circulatoire et respiratoire.

On a pu noter, dans les villes où cette gymnastique a été enseignée régulièrement, les plus heureux résultats : « Chez les enfants entraînés quotidiennement, écrit le Docteur Dufestel, de Paris, l'esthétique est favorablement modifiée et la démarche très améliorée; le développement physique est, en général, favorablement influencé. Le poids, l'envergure et les périmètres des membres augmentent de façon incontestable, les organes de la respiration et du thorax sont accrus de façon notable. » Les enfants savent mieux respirer et, surtout, mieux expirer. La quantité plus considérable d'air pur qu'ils peuvent introduire à chaque mouvement respiratoire dans leurs poumons active les combustions et facilite les échanges organiques : ces exercices ont aussi une influence bienfaisante sur le développement de la force musculaire.

II. — La gymnastique médico-pédagogique.

Il ne s'agit pas, pour le moment, de gymnastique médico-pédagogique. Celle-ci est réservée aux enfants dépistés à la consultation d'orthopédie et qui présentent des déviations rachidiennes justiciables de cette méthode de traitement. Cette gymnastique ne peut être confiée qu'à des moniteurs spécialisés, sous la surveillance étroite du médecin; en effet, alors que la gymnastique physiologique et symétrique s'adresse aux enfants normaux, seule une gymnastique corrective, adaptée à chaque cas particulier, peut corriger une déviation vertébrale. Seuls, des médecins spécialistes peuvent en donner les indications et en diriger l'application.

Ainsi, les intéressés pourront bénéficier de ce mode de traitement, qui a donné, entre les mains des spécialistes, les résultats les plus heureux.

OPINIONS DU PROFESSEUR ROCHER

sur l'inspection scolaire orthopédique et chirurgicale.

M. le Professeur Rocher a bien voulu nous permettre de prendre connaissance d'un travail en préparation sur les différents modes d'inspection scolaire en France et à l'étranger.

Nous extrayons de sa documentation différentes impressions dont nul ne pourra discuter la valeur, étant donné la compétence de notre maître tant en orthopédie qu'en éducation physique.

« Au point de vue de l'inspection médicale scolaire, dit-il, le système adopté par la Municipalité bordelaise en ce qui concerne le cadre médical paraît répondre à tous les desiderata.

» En effet, le médecin inspecteur scolaire ne saurait être omniscient; il lui est impossible de connaître, en outre de l'hygiène et de la médecine scolaire, la dermatologie, l'orthopédie et la psychiatrie infantile, sans omettre l'oto-rhinolaryngologie, l'ophtalmologie et la stomatologie! »

« Dans le système adopté par Bordeaux, les médecins inspecteurs généraux examinent tous les enfants au point de vue médical et veillent à tout ce qui touche à l'hygiène scolaire.

» Les spécialistes sont groupés en deux catégories :

» La première comprend : ophtalmologistes, oto-rhinolaryngologistes, stomatologistes appelés à voir tous les enfants de l'école au même titre que le médecin inspecteur général.

» La seconde comprend : dermatologistes, psychiatres et orthopédistes-chirurgiens, qui n'auront à examiner que des écoliers déjà triés par le médecin inspecteur général lors de sa visite à l'école.

(En abrégé, nous désignerons le spécialiste orthopédiste chirurgien par les initiales O. C.)

» Les spécialistes O. C. font donc une inspection réduite, filtrée, c'est ce qui explique du reste que leur nombre soit réduit à trois.

» Pour Bordeaux ce sont :

» MM. les Docteurs Rocher, professeur de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie; Lasserre, ex-chef de clinique d'orthopédie; Plaziat, assistant d'orthopédie, qui assument la responsabilité du service.

» L'inspection orthopédique et chirurgicale commence, en général, vers le mois de janvier, c'est-à-dire deux à trois mois après le début de l'inspection générale. Il ne peut en être autrement puisque le médecin inspecteur général doit tout d'abord faire sa visite et le triage des enfants justiciables de la visite du spécialiste.

» Dans les écoles comportant un lot important d'enfants, le médecin spécialiste peut faire son inspection en deux ou trois séances, étant donné que l'inspection du médecin général, dure, pour être complète, plusieurs mois.

» Il y a intérêt, cependant, à ce que les familles soient informées des décisions du médecin spécialiste au plus tôt, de manière à ce que l'enfant puisse commencer, s'il y a lieu, les soins nécessaires dans le cas où une maladie a été décelée par le spécialiste.

» Nous ne voulons établir aucun parallèle avec la façon dont procèdent nos collègues spécialistes; les examens des spécialistes diffèrent par leur mode d'investigation; l'examen de l'orthopédiste, du stomatologiste, du dermatologiste, sont les plus rapides.

» Aidé de l'Assistante scolaire, nous examinons les enfants, préalablement rassemblés à l'école, avec leurs dossiers tout prêts.

» Il y a nécessité, dans les écoles mixtes, à procéder à l'inspection séparée des filles et garçons à partir de 5 ans, puisque l'examen doit porter sur le corps nu, ou tout au moins jusqu'au niveau des plis fessiers, pour bien voir la conformation du thorax et la direction du rachis.

» Cet examen doit être pratiqué avec discrétion, particulièrement chez les grandes jeunes filles. La fillette doit être en position correcte, droite, avoir quitté son corset et abandonné vêtements et jupons, elle ne doit pas avoir la préoccupation de retenir les vêtements qui tombent, en pratiquant une flexion de l'un ou de l'autre membre inférieur, ce qui, fatalement, détermine une scoliose statique.

» L'examen du spécialiste comporte le diagnostic de toute lésion chirurgicale pouvant compromettre la santé de l'écoulier (recherche des hernies, varicocèle, hydrocèle et kyste du cordon, ectopie ou atrophie testiculaire, etc.). L'investigation, du point de vue orthopédique, doit comporter l'examen des membres et le diagnostic de toute déformation ou impotence d'origine congénitale, traumatique, ostéogénique, etc.; le coup d'œil général doit et peut être rapide.

» La salle d'examen sera donc séparée de celle où attendent et se déshabillent les écoliers; s'il ne peut y avoir deux salles, la partie de la salle occupée par le médecin doit être séparée de la vue des élèves qui attendent leur tour de passage par des paravents. (Ceux-ci sont obligatoires dans l'inspection scolaire aux Etats-Unis.)

» Nous estimons que le spécialiste O. C. peut examiner et donner diagnostic et avis thérapeutique (l'infirmière remplissant pendant ce temps la fiche orthopédique et chirurgicale) à une cadence de 50 à 60 enfants par heure. Il suffit que les enfants soient préparés, déshabillés par les maîtres, maîtresses ou grandes élèves (s'il s'agit surtout de jeunes enfants), l'assistante scolaire réservant son attention à la rédaction des notes dictées par le médecin.

» Si nous insistons sur ces détails et précautions, c'est qu'il ne faut pas que maîtres et maîtresses puissent penser que l'inspection médicale scolaire constitue une perte de temps notable pour leur enseignement.

» Cette critique ne peut être dénuée de toute apparence de vérité si l'on songe que tous les enfants seront examinés par un médecin inspecteur et trois spécialistes (ophtalmologiste,

oto-rhino-laryngologiste, stomatologiste). Certains seront soumis en plus à la visite d'un ou deux spécialistes à « inspection filtrée ».

» Pour être efficace, l'inspection médicale orthopédique et chirurgicale devrait aboutir, à notre sens, à deux conclusions :

» 1° *Un diagnostic précis* et compréhensible pour la famille, mentionné sur la fiche adressée par le service municipal. La famille comprendrait alors ce dont il est question, concernant la santé de son enfant.

» 2° *Un avis thérapeutique* (recherche radiographique..., traitement médical..., chirurgical..., orthopédique...).

» Le médecin de la famille — et il ne peut s'en froisser — a souvent intérêt à être instruit des constatations du spécialiste. Dans le cas de diagnostic nettement posé d'une affection jusqu'ici méconnue, le médecin pourra intervenir efficacement auprès de la famille en l'incitant à entreprendre, au plus tôt, le traitement dont a besoin l'enfant.

» L'expérience nous a montré qu'il fallait revoir *tous les ans les enfants signalés à des inspections précédentes* pour savoir s'ils ont suivi ou non le traitement conseillé précédemment et pour se rendre compte s'ils sont ou non améliorés.

» Le caractère obligatoire de la visite orthopédique comme de tout autre visite médicale scolaire peut, en l'absence de décret de loi, prêter à discussion. Et, cependant, la Municipalité bordelaise *s'étant entourée de toutes garanties scientifiques, supérieures à toutes autres*, pour le choix de son personnel médical, la population devrait lui être grandement reconnaissante de lui donner ainsi gratuitement, par la voix autorisée de spécialistes de valeur indiscutable, un avis, au point de vue diagnostic et thérapeutique, *sans que le corps médical scolaire n'ait la prétention d'imposer la moindre décision thérapeutique*.

» La visite médicale, en principe, est appliquée à tous les élèves, mais certaines familles hésitent à en saisir la valeur. Jusqu'au jour où un article de loi la rende obligatoire, nous

ne croyons pas qu'on doive user de sanctions contre quelques parents réfractaires à la visite médicale. Nous estimons que par la douceur, la persuasion et surtout par l'éducation de la masse populaire, on arrivera à faire désirer à tous l'inspection médicale scolaire.

» Il vaut mieux ne pas prévenir les enfants de la visite médicale qui doit avoir lieu le lendemain; bien souvent — l'expérience le montre — l'enfant manque l'école et se soustrait à l'examen.

» Il convient de se méfier du freinage opéré par certains instituteurs à l'esprit chagrin, négligents ou rétrogrades, ennemis de tout ce qui peut améliorer sérieusement la condition physique de l'écopier. Le spécialiste doit avoir le courage et le devoir de noter dans son rapport annuel telle remarque qu'il lui semblerait utile de mentionner au point de vue de la collaboration médico-pédagogique.

» Considérant les différentes statistiques des anomalies de croissance notées chez les écoliers, nous avons remarqué que les déviations vertébrales, et spécialement les mauvaises attitudes, sont relevées en très grand nombre.

» S'agit-il exclusivement de l'influence du matériel scolaire, des mauvaises conditions d'éclairage ou de troubles sensoriels (vision ou audition)? Il ne faut pas oublier que l'enfant, *pendant qu'il est à l'école* — et non parce qu'il y est — fait une déviation, car, à cette époque, une croissance souvent anormale, trop rapide, une carence passagère des tissus musculaire, ligamentaire et osseux, un fonctionnement défectueux des glandes endocrines, créent ou facilitent surtout les états de déviation du rachis.

» Quoi qu'il en soit, pour prévenir ces attitudes vicieuses (précypophoses ou préscolioses), nous pensons que rien n'est supérieur à la *pratique régulière, quotidienne, d'une gymnastique simple*, rationnelle, destinée, d'une part, à développer harmonieusement le corps de l'enfant, à agrandir sa cage thoracique, à redresser son rachis; d'autre part, à permettre — par des mouvements simples — l'amplitude maxima des différents segments moteurs des membres.

» Par contre, ayant consulté différents maîtres et maîtresses d'école, nous avons été frappé de la diversité des avis quant à la pratique et à la compréhension de cette gymnastique. Pourtant on ne peut nier que le corps ait besoin d'une éducation au même titre que l'esprit. Et il est véritablement paradoxal de voir que cette gymnastique est absente des préoccupations de certains instituteurs — ou qu'elle est pratiquée, à la dose d'une demi-heure ou trois quarts d'heure *une fois* par semaine. Très rares sont, en effet, les écoles où instituteurs ou institutrices ont pris l'initiative de faire faire de la gymnastique quotidienne à tous leurs élèves pendant cinq minutes, ou mieux un quart d'heure. Bien entendu, nous n'entendons pas parler ici de la gymnastique chez les adolescents, mais à l'école primaire. Nous pensons qu'elle doit être simple, quotidienne; elle consistera à apprendre à l'enfant la position correcte du corps, elle permettra le développement de toutes les amplitudes articulaires et surtout l'assouplissement des racines des membres.

» Cette gymnastique doit être enseignée à l'école par l'instituteur lui-même, sans qu'il soit besoin de faire appel à un professeur spécialisé, qui, lui, n'intervient que comme conseiller intermittent et inspecteur pour s'assurer si les maîtres font exécuter des exercices rationnels ou ont besoin de directives.

.....

» Evidemment, on peut envisager un corps de professeurs de gymnastique pour les écoles de la ville de Bordeaux, mais pourront-ils opérer eux-mêmes, tous les jours, dans chaque école, la surveillance de ces exercices? Non. C'est là une impossibilité matérielle, une *inutilité budgétaire*.

» Nous admettons que pour que la réalisation de cette gymnastique à l'école soit efficace, il faut qu'elle ait *sa place au programme*, à une heure déterminée par l'inspection académique.

» Ainsi, l'inspecteur médical, ou l'inspecteur académique lui-même, doit pouvoir arriver à l'improviste pour contrôler la pratique de cette gymnastique dans l'école.

» Et, d'autre part, ne pourrait-on intéresser directeurs et directrices d'école, instituteurs ou institutrices, à cette gymnastique dont les bienfaits ne sont plus à démontrer, en organisant en fin d'année un *concours d'éducation physique interscolaire*, au cours duquel les directeurs d'école seraient jugés sur une épreuve *imposée à un petit contingent* de leurs élèves et recevraient la récompense que leur mérite l'attention qu'ils auront prodiguée à la surveillance de cette gymnastique enseignée sous leur responsabilité par leurs instituteurs ou institutrices. Une telle mesure est évidemment aussi applicable à la campagne que dans les villes.

.....

» Au point de vue traitement des maladies chirurgicales et orthopédiques chez les écoliers, il nous paraît tout à fait inutile de créer, dans une grande ville comme Bordeaux — et comme on l'a fait en certains centres — un *dispensaire scolaire*.

» Il existe à Bordeaux un hôpital d'enfants suffisamment important, puisque, après ceux de Paris, il est le seul qui présente une organisation qui puisse honorablement supporter la comparaison avec tous les hôpitaux de France et d'Europe. Il peut recevoir tous les indigents de la ville de Bordeaux pour des traitements chirurgicaux ou orthopédiques.

» Mais il faut reconnaître que, pour les malades qui n'y peuvent venir, à cause de l'éloignement (enfants du quartier des Docks ou de la Bastide), il existe, dans les différents quartiers de la ville, des dispensaires gratuits, des organisations médicales et des œuvres de bienfaisance suffisamment nombreuses pour assurer le traitement.

.....

» En résumé, la constitution du corps médical d'inspection scolaire à Bordeaux est parfaite.

» Le fonctionnement de l'inspection médicale orthopédique et chirurgicale, qui a donné déjà des résultats si probants, fait honneur à la Municipalité bordelaise actuelle qui l'a réorganisée et perfectionnée à tel point qu'elle peut servir de prototype en France et à l'étranger.

» L'inspection doit s'établir dès la rentrée d'octobre, les médecins inspecteurs généraux préparant le terrain aux spécialistes, et notamment aux spécialistes O. C.

» D'une année à l'autre, les enfants porteurs d'une infirmité ou affection doivent être suivis et revus.

» Le médecin spécialiste, dans son rapport annuel, doit indiquer aussi exactement que possible le résultat de ses constatations.

» Son travail devrait se traduire par des graphiques qui, mieux que toute description, donneraient, par une brève vision, l'impression de la vérité concernant l'état sanitaire des écoliers.

» Les tableaux statistiques des trois spécialistes O. C. seront fusionnés pour en tirer toutes déductions thérapeutiques utiles.

» La fiche orthopédique et chirurgicale doit porter un *diagnostic précis et un avis thérapeutique*.

» L'infirmière visiteuse doit s'efforcer de faire appliquer le traitement prescrit par le *spécialiste choisi par la famille ou son médecin, en l'absence de toute pression qui pourrait nuire au libre choix du praticien.* »

CONCLUSIONS

I. — Il faut rendre l'inspection médicale scolaire *obligatoire*.

La loi sur l'inspection médicale scolaire devra respecter les organisations qui ont fait leurs preuves et faire connaître aux autres les cadres précis qui forment l'organisme de l'inspection médicale scolaire.

II. — Ces cadres sont représentés par :

Le médecin inspecteur;

Les médecins spécialistes;

Les infirmières scolaires.

III. — Le médecin inspecteur est chargé de veiller à l'hygiène générale de l'école, à l'hygiène générale des écoliers, à l'hygiène individuelle de l'écolier. Il voit tous les enfants deux fois par an. A la fin de l'année scolaire, il donne son avis sur l'orientation professionnelle de l'enfant qui finit ses classes.

IV. — Les médecins spécialistes, section orthopédie et chirurgie, font soit une inspection totale, soit une inspection réduite, filtrée par le médecin inspecteur général (type Bordeaux). Ils doivent avoir voix consultative dans tout ce qui touche à l'éducation physique de l'enfant.

V. — Les infirmières scolaires sont les assistantes du médecin; elles préparent les visites, dirigent les dispensaires, servent de trait d'union entre les médecins inspecteurs, les médecins praticiens, les familles.

VI. — Tous les enfants sont munis d'un carnet sanitaire, qui reflète leur valeur physique pendant toute la période scolaire.

La constatation d'une anomalie ou lésion chez un écolier doit faire l'objet d'un diagnostic précis et d'un avis thérapeutique, mentionné sur une fiche remise à la famille, qui devra la montrer à son médecin.

VII. — Celui-ci — selon la situation de la famille — adressera l'enfant à un spécialiste de la ville ou aux centres de traitement : dispensaires scolaires, hôpitaux, etc.

VIII. — Les maîtres d'école et les parents doivent être instruits de l'utilité de l'inspection médicale scolaire pour qu'ils apportent leur concours et leur aide à son fonctionnement (importance de la publicité par le film ou par des tracts).

IX. — La prévention des difformités dites scolaires sera réalisée par la gymnastique quotidienne, à séance de courte durée, enseignée par le maître ou la maîtresse d'école.

X. — Les résultats de l'inspection médicale scolaire générale ou spéciale doivent être concrétisés par des schémas et des graphiques.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

Le Président,
H.-L. ROCHER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 1^{er} février 1932.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- DE VITRY (D^r G.). — L'organisation de l'inspection médicale scolaire en France.
- LERAY (D^r E.). — L'inspection médicale des écoles rurales. *Le mouvement sanitaire*, 31 décembre 1927.
- AUBLANT et TARRAL (D^{rs}). — Le rendement de l'inspection médicale scolaire.
- DUFESTEL (D^r L.). — L'inspection médicale des écoles.
— Guide pratique du médecin inspecteur scolaire.
- GENEVRIER et MERY (H.). — Hygiène scolaire.
- GOFFAUX et DECLAIRFAYT (M. C.). — Cours de médecine scolaire pour les instituteurs et institutrices.
- DUFESTEL (D^r L.). — Manuel de l'assistance scolaire.
- DAVERNOY (D^r M.). — L'inspection médicale des écoles.
- LIMBORG (M.). — Guide d'hygiène scolaire.
- BUSSIÈRE (D^r F.). — Les œuvres officielles de sauvetage de l'enfance à Montluçon.
— L'éducation physique de l'enfance.
- RADMILA (D^r) et OBRENOVITCH (S.). — Etude sur l'effort sanitaire et social du Bureau d'hygiène de Montluçon (Allier).
- THOULON (D^r J.). — Le dépistage, surveillance et traitement des déviations rachidiennes à l'école.
- GOURDON (D^r J.). — L'inspection orthopédique scolaire.
- VIGNE et GARDÈRE (D^{rs}). — L'inspection médicale des écoles de la ville de Lyon.
- BENECH (D^r), PAYSANT (D^r M.) et THOUVENIN (D^r A.). — L'inspection médicale à Nancy. Etapes et Avenir.
- MUTEL (D^r G.). — Rapport sur l'utilité de la création d'une I. M. S. à Nancy.

FERRE (D^r). — Rapport sur la réorganisation du service d'inspection de la ville de Bordeaux.

GUIBERT (M.-L.). — Rapport sur la réorganisation du service de l'I. M. S. de la ville de Paris.

DROTT. — Rapport sur l'I. M. S. à la II^e Session du Conseil général de la Seine-Inférieure, 1923.

LAMY (G.) et GOBRON (Louis). — Réglementation de l'hygiène scolaire.

REQUIN (Mme le D^r). — Rapport au Conseil national des femmes, mars 1920.

— Conception de l'I. M. S. *Concours médical*, 18 mai 1930, etc.

GARDÈRE (D^r G.). — Hygiène sociale de l'écolier et I. M. S. (*Journ. de méd. de Lyon*, 20 févr. 1929).

— Examen médico-pédagogique des écoliers. Congrès de Liège.

— Procès-verbaux des séances du Conseil municipal de Bordeaux, 25 févr. 1925, 29 octobre 1926.

LÉGISLATION.

a) Actuelle :

Loi du 30 octobre 1886 sur l'organisation de l'enseignement primaire, art. 9-48. *Bulletin des lois*, n° 1046 de 1886.

Décret du 18 janvier 1887, art. 141. Exécution de la loi du 30 octobre 1886. *Journ. off.*, 20 janv. 1887.

Circulaire du 3 mars 1924 relative à l'organisation de l'Inspection médicale dans les établissements d'enseignement. *Journ. off.*, 4 mars 1924.

b) En projet :

1920 : Proposition de loi tendant à la création de l'I. M. S. dans les écoles primaires publiques et privées par G. Laurent, déposée le 27 janvier 1920. *Journ. off.*, 4 mai 1920.

1928 : Projet de loi relatif à l'I. M. S., déposé le 14 févr. 1928. *Journ. off.*, 18 sept. 1928.

— Rapport de la Commission de l'enseignement, 8 mars 1928.

- 1930 : Rapport sur le projet de loi relatif à l'I. M. S. par M. Rémy-Roux, déposé le 15 avril 1930. *Journ. off.*, 14 oct. 1930.
- Rapport sur projet et proposition de loi portant modification de la loi du 13 févr. 1902 relative à la protection de la santé publique par Georges Legros, déposé le 11 juillet 1930. *Journ. off.*, 20 et 22 mai 1931.
- 1931 : Proposition de résolution tendant à instituer d'urgence l'I. M. S. obligatoire des écoles par E. Blondel, déposée le 23 févr. 1931. *Journ. off.*, 20 août 1931.

